

# ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В ДЕТСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

## Ю.Г. Дегтярев, А.Н. Никифоров, В.М. Хомич

Белорусский государственный медицинский университет

**Актуальность проблемы.** Детская колопроктология – большой и сложный раздел детской хирургии, занимающийся коррекцией аноректальных пороков развития и врожденных аномалий толстой кишки. Гнойная инфекция – наиболее распространенный вид осложнений при хирургической коррекции данной патологии.

**Цель исследования** поиск путей улучшения результатов лечения детей с врожденной патологией толстой кишки и аноректальной области на основе изучения гнойных послеоперационных осложнений, разработка методов их профилактики и хирургической коррекции.

### **Материал и методы.**

За период с 1970 по 2010 год было пролечено более 500 детей с врожденной патологией прямой и толстой кишки. Проанализированы результаты 150 корригирующих проктопластик – оперативных вмешательств с мобилизацией дистального отдела толстой кишки промежностным, сакральным или брюшно–промежностным доступом, с низведением толстой кишки на промежность, 239 операций по поводу выведения и «закрытия» коло и энтеростом..

### **Результаты и обсуждения.**

Хирургическая коррекция врожденных аноректальных пороков развития требует крайне травматичных и технически сложных оперативных вмешательств. При анализе осложнений отмечена раневая, внутрибрюшинная инфекция, инфекция мочевыводящих путей, легочные осложнения, гнойный тромбофлебит и другие. Частота осложнений варьирует в зависимости от характера операции и способа профилактики.

Представляет интерес опыт лечения данной патологии в предшествующие годы. В 1970 году в Центре детской хирургии было пролечено 10 пациентов с атрезией прямой кишки. Из них операции выполнены 8 пациентам, из которых 2 умерли (летальность – 20%, послеоперационная летальность – 25%). В этот период прослеживалась тенденция к выполнению одноэтапных, радикальных операций: из 8 операций – 3 выполнены брюшно–промежностным доступом, 4 – промежностным.

В 1978 году с атрезией прямой кишки пролечено 15 пациентов, из которых оперированы 11 (выполнено 20 операций), из оперированных пациентов 3 умерли. (Летальность – 20%, послеоперационная летальность – 27%). Из 18 пациентов, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга, 3 умерли в послеоперационном периоде.

В 1981 году из 24 пациентам с болезнью Гиршпрунга выполнено 9 операций, 1 умер после операции Дюамеля. В этом же году с атрезией прямой кишки из 15 пациентов оперированы 11. В послеоперационном периоде умерло 4 ребенка (летальность 27%, послеоперационная летальность – 36%).

Из осложнений отмечались тазовый фибринозно-гнойный перитонит, спаечная непроходимость, нагноения послеоперационных ран.

Со середины 80-х годов в клинике стали отдавать предпочтение выполнению многоэтапных операций, что привело к резкому сокращению послеоперационных осложнений. В 1985 году из 33 детей с атрезией прямой кишки оперирован 21 ребенок, причем 19 – многоэтапным способом. Умерло в послеоперационном периоде 2 пациента (летальность 6 %, послеоперационная летальность – 10 %).

Основные послеоперационные осложнения включали раневую инфекцию (23), несостоятельность анастомоза (27), непроходимость кишечника (19) и кровотечения (8).

С учетом этиологической структуры гнойной хирургической инфекции с 90 годов применяется комплексная программа профилактики и лечения гнойных осложнений в колопроктологии на всех этапах лечения больных, которая предусматривает: предоперационную подготовку с выявлением и лечением сопутствующей патологии; соблюдение приемов хирургической техники и дифференцированного подхода к способам гемостаза, с предпочтением в сложных топографо-анатомических ситуациях выведения колостомы; строгий контроль за течением послеоперационного периода с целью раннего выявления отклонений от его обычного течения.

Проанализированы факторы риска для возникновения послеоперационных осложнений при колоректальных операциях. Самым существенным фактором развития гнойных осложнений являются следующие факторы. Длительность предоперационного пребывания в стационаре, продолжительность оперативного вмешательства, характер обсеменения операционной раны в процессе операции, локализация проводимого вмешательства, длина разреза, длительности пребывания в ОИТР. При продолжительности операции увеличивается число микроорганизмов контаминирующих рану, обуславливает более интенсивное повреждение тканей, подавляются защитные механизмы макроорганизма вследствие кровопотери, шока.

Одной из причин, приводящих к развитию гнойных осложнений была длительность оперативного вмешательства. Продолжительность операции зависела от многих факторов, таких как хирургическая техника (открытая или лапароскопическая), наличии интраоперационных осложнений, опыта хирурга и операционной команды. Кроме того, утомляемость хирургов при длительных операциях отражается на технике вмешательства и соблюдении стерильности.

Выявлены и другие факторы, снижающие защитные силы организма: катетеризация магистральных и периферических кровеносных сосудов, ИВЛ, длительное стояние назогастральных катетеров.

Спектр возбудителей был специфичным и зависел от профиля применения антибиотиков.

При внедрении новых технологий для коррекции ВПР особое внимание уделялось техническим аспектам при выполнении операции, а также особенностям ведения больных в послеоперационном периоде. Для профилактики гнойных осложнений проводились следующие мероприятия:

1. Для проктопластики, ушивания подкожных тканей и кожи использовался только синтетический рассасывающийся атравматический шовный материал (викрил 4/0–5/0), кожные швы снимались на 10 день после операции.

2. Применялся только атравматический микрохирургический инструментарий, для тракции и удержания кишки использовались множественные нити-держалки, что позволяло снизить степень повреждения тканей.

3. Тщательно контролируется полнота гемостаза при выполнении всех этапов операции. Для остановки кровотечения использовалась электрокоагуляция, предпочтение отдаем биполярной,

4. Для трансуретрального дренирования мочевого пузыря использовались катетеры возрастного размера. При катетеризации мочевого пузыря используем закрытые дренажные системы. Продолжительность дренирования мочевого пузыря, в зависимости от ситуации, следует сокра-

тить до минимума – (в настоящее время определяется стоянием перидурального катетера, используемого для послеоперационного обезболивания).

5. Обоснованная профилактическая антибиотикотерапия. Она осуществляется введением во время операции цефалоспоринов 2–3 поколения в сочетании с метронидазолом в возрастных дозировках. Профилактическая антибиотикотерапия позволяет создать максимальную концентрацию препарата в момент возможного инфицирования операционного поля (по ходу вмешательства). Антибактериальная терапия после операции проводилась весь период дренирования мочевого пузыря и далее в течение 5–7 дней.

6. По возможности используем открытое ведение раны.

7. Активно привлекаем родителей (чаще маму) для ухода за раной на промежности.

### **Выводы.**

Стандартизацией подходов к определению показаний к операции, интраоперационной тактики, послеоперационного ведения возможно свести к минимуму послеоперационные осложнения.